

## 07-06

当科における単孔式腹腔鏡下手術の導入

鉦路赤十字病院 外科

米森 敦也、近江 亮、能代 究、真木 健裕、  
山吹 匠、三栖賢次郎、猪俣 斉、二瓶 和喜

近年、整容性をさらに追及した単孔式腹腔鏡下手術が導入され、急速に普及しつつある。当科においても、平成23年1月より導入を開始し、現在5月までに術者4人で6例の単孔式腹腔鏡下手術を施行した（胆嚢摘出術4例、虫垂切除術2例）。SILS™ポート（コヴィディエン社）を使用した方法と、長さの異なる5mmのXCELトロカール（エチコン社）を3本挿入するマルチプルトロカール法の2通りで施行した。胆嚢摘出術4例の内訳は、男性1例、女性3例で、平均年齢は51.3歳。SILS™ポート法3例、マルチプルトロカール法1例で、平均手術時間は86分であった。いずれも5mmの把持鉗子を臍部創から直接追加挿入して胆嚢底部を挙上することにより、臍部単一創で完遂できた。虫垂切除術2例の内訳は、18歳男性にSILS™ポート法で施行し手術時間は61分、35歳女性にマルチプルトロカール法で施行し手術時間は46分であった。すべての症例でカメラは5mmの硬性斜視鏡を使用し、従来法と同じ直線鉗子を用いたパラレル法で施行した。いずれもポートの追加はなく、臍部単一創で完遂した。術後経過も良好で、臍部創感染はみられず、平均術後在院日数は4.3日であった。単孔式腹腔鏡下手術は、従来の手術方法よりも鉗子の操作が制限されて難度が上がるが、整容性に優れており、今後さらに普及していくと予想される。当科においても、適応を十分に検討したうえで術式を定型化し、症例数を増やしていく予定である。

## 07-08

脾彎曲部結腸に穿破した出血性脾仮性嚢胞の1例

浜松赤十字病院 医師

雨宮 隆介

【症例】50代男性。

【既往歴】アルコール性肺炎による二度の入院歴、脾嚢胞での手術歴があり、慢性肺炎及び脾嚢胞にて他院で経過観察されていた。【病歴】仕事中に突然下血し、意識消失も認めたため当院に緊急搬送された。来院時血圧59/45、脈拍67/min、肛門より大量の鮮血出血を認め出血性ショックの状態であった。大量輸液・輸血の上造影CT検査を施行したところ、脾彎曲部結腸に造影剤の血管外活動性漏出を認め、同部位からの活動性出血が疑われた。保存的加療は困難と考え同日緊急手術となった。術中所見では脾尾部に腫瘍があり、腫瘍は脾彎曲部結腸と強く癒着していた。腫瘍の脾彎曲部結腸への穿破・出血で腫瘍とともに脾体尾部・脾・結腸の合併切除を行った。摘出した腫瘍内部は血腫で満たされていた。病理組織学的所見では、脾組織は慢性肺炎像を呈し、嚢胞は脾管由来と考えられる単層円柱上皮にて覆われていた。この嚢胞内が血腫で満たされており、結腸へ穿通していた。悪性所見は認めなかった。術後の経過は良好で術後17日目に退院、現在外来通院中である。

【考察】脾仮性嚢胞は慢性・急性肺炎の10～20%に発生し、うち14%に出血が合併するといわれる。嚢胞内出血の死亡率は25～40%と脾仮性嚢胞の合併症のうち最も高い。嚢胞内出血の消化管穿破の治療としては手術の他に動脈塞栓術が近年試みられている。しかし、動脈塞栓術を施行した症例は胃・十二指腸・脾がほとんどであり、大量出血・感染のリスクの高い大腸穿破においてはその再発の危険性からも手術を選択すべきと考える。今回、脾彎曲部結腸に穿破した出血性脾仮性嚢胞の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## 07-07

3b型肝損傷に対するDamage Control Surgery

熊本赤十字病院 診療部

北野 雄希、横溝 博、木村 有、林 亨治、  
平田 稔彦

【目的】当院救急救命センターでは年間多数の外傷患者の緊急搬入を受け入れているが、中でも肝損傷は大量出血をきたすことが多く緊急開腹となることも少なくない。2008年以降、当院でもDamage Control Surgery（以下DCS）を積極的に取り入れてきた。今回は3b型肝損傷に対する当院のDCSの治療成績について検討する。

【方法】2008年から2010年までの3年間に当院に搬送された3b型肝損傷の症例に対しDCSを行った群で年齢・性別・受傷機転・手術時間（1回目）・出血量（1回目）・輸血量（入院中）・入院期間・転帰について検討した。

【結果】3年間で当院に搬送された外傷症例中、肝損傷を認めた症例は23例であり、うち3b型は7例であった。そのうちの5例に対しDCSを施行した。残り2例のうち1例はNOM（non operative management）を行い、もう1例は一次的な手術（外側区域切除術）を行った。平均値をとると年齢24歳（20-28歳）性別は男性が80%、受傷機転はすべて交通外傷、手術時間127.6分（74-165分）出血量2880ml（1100-4700ml）輸血量はRCC27.6単位（4-56単位）・FFP32.4単位（2-62単位）・血小板12単位（0-20単位）入院期間（死亡例除く）36.25日間（24-54日）転帰は2008年の最初の症例が3回のガーゼパッキングにもかかわらず出血持続し、DICとなり死亡した以外はすべて1回目のガーゼパッキングで止血に成功し2回目の手術でチューブ留置等の手術を行い、術後経過良好にて転院もしくは退院となっている。

【考察】3b型肝損傷では術中に大量出血を来すことが多く、そのような場合deadly triad（アシドーシス、低体温、凝固異常）を合併すると救命率は低下する。このような状態に陥らないために、まずはDCSを行い全身状態を安定させることが先決とされている。当院でも3b型肝損傷に対してはDCSを積極的に行い、7例中6例を救命している。この結果を文献的考察も加えて検証したい。

## 07-09

退形成性膵管癌（破骨細胞型巨細胞癌）の1切除例

山田赤十字病院 外科

奥田 善大、村林 紘二、楠田 司、宮原 成樹、  
高橋 幸二、松本 英一、藤井 幸治、藤永 和寿、  
山岸 農

膵腫瘍のなかでも比較的まれな破骨細胞型巨細胞癌の1例を経験したので報告する。症例は、33歳女性。出産後3ヵ月で心窩部痛を主訴に近医受診。腹部CTにて膵頭部に巨大腫瘍を認め、精査目的に当科紹介となる。CTで膵頭部に径15×9×9 cmの嚢胞性成分と充実性成分を併せ持つ巨大腫瘍を認め、その圧排により門脈本幹の走行は不明瞭であった。また、MRCPでは膵管は膵頭部で腫瘍による圧排を受け不明瞭であったが、その末梢側に拡張はなく、胆管もまた圧排所見を認めるのみであった。Solid-pseudopapillary tumorの術前診断にて、門脈合併幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行。門脈は右外腸骨静脈グラフトを用いて再建した。病理組織学的所見では、嚢胞壁に円柱上皮が乳頭状～管状に増殖し、その周囲には破骨細胞型多核巨細胞を混じった多边形腫瘍細胞の増殖を認め、破骨細胞型巨細胞癌と診断された。術後は特記すべき合併症もなく良好な経過をたどり、術後第59病日に退院となった。退形成性膵管癌は、巨細胞型（多形細胞型）紡錘細胞型に分類され、通常型膵管癌に比して予後不良とされている。しかし、破骨細胞に類似する巨細胞が目立つものは巨細胞癌の一型である破骨細胞型巨細胞癌（giant cell carcinoma of osteoclastoid type）と区別され、切除可能であれば予後は比較的良好とされる。本症例も術後2年6ヵ月経過しているが、生存中である。今回、我々は破骨細胞型巨細胞癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

10月21日（金）  
一般口演